

KAZUISTIKA

Nejde vždy jen o mentální anorexii

It's not always just anorexia nervosa

Martina Kulinová

Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

SOUHRN

Kulinová M. Nejde vždy jen o mentální anorexii

Osmnáctiletá dívka byla doporučena psychiatrem k hospitalizaci na dětském oddělení k vyšetření pro váhové úbytky a k objektivizaci stavu. U dívky bylo již z předchodících onemocnění známo onemocnění celiakií a hypertyreózou v rámci autoimunitní tyreoiditidy. Při přijetí měla jasné klinické známky rozvinuté diabetické ketoacidózy. V rámci diferenciální diagnostiky bylo pomýšleno i na další závažné stavy, zejména Addisonovu chorobu nebo relaps tyreotoxikózy. Jednalo se však o manifestaci diabetes mellitus 1. typu s glykemií 28,5 mmol/l, HbA1c 122 mmol/mol a pH 6,985. Dívka je nyní na intenzifikovaném inzulínovém režimu a zůstává v péči diabetologické a endokrinologické ambulance. Diskutujeme diferenciální diagnostiku váhových úbytků a vedle toho i problematiku sdružených autoimunitních onemocnění.

Klíčová slova: váhové úbytky, sdružená autoimunitní onemocnění, diabetická ketoacidóza

SUMMARY

Kulinová M. It's not always just anorexia nervosa

An 18-year-old girl was referred by a psychiatrist to pediatric department for examination due to weight loss and for objectifying her condition. The girl was already known to have celiac disease and hyperthyroidism due to autoimmune thyroid disease. Clear signs of advanced diabetic ketoacidosis were already present upon admission. The examination also considered other serious conditions, particularly Addison's disease or relapse of thyrotoxicosis. However, she apparently newly manifested type 1 diabetes mellitus with blood glucose 28.5 mmol/l, HbA1c 122 mmol/mol, and pH 6.985. The girl is now on an intensified insulin regimen and remains under the care of the diabetes and endocrine outpatient clinic. The discussion is focused on differential diagnosis of weight loss, and on associated autoimmune conditions.

Key words: weight loss, associated autoimmune conditions, diabetic ketoacidosis

Korespondující autorka:

MUDr. Martina Kulinová
Dětské oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav
Boženy Němcové 452
293 01 Mladá Boleslav
martina.kulinova@onmb.cz

Váhové úbytky mohou být u dětí projevem širokého spektra onemocnění – od psychiatrických až po závažné metabolické poruchy. Včasná identifikace příčiny je důležitá pro neodkladné zahájení léčby život ohrožujících onemocnění, zejména diabetes mellitus či Addisonovy choroby. I jiné dlouhodobé poruchy výživy mohou mít negativní dopad na somatický i psychický vývoj dítěte.

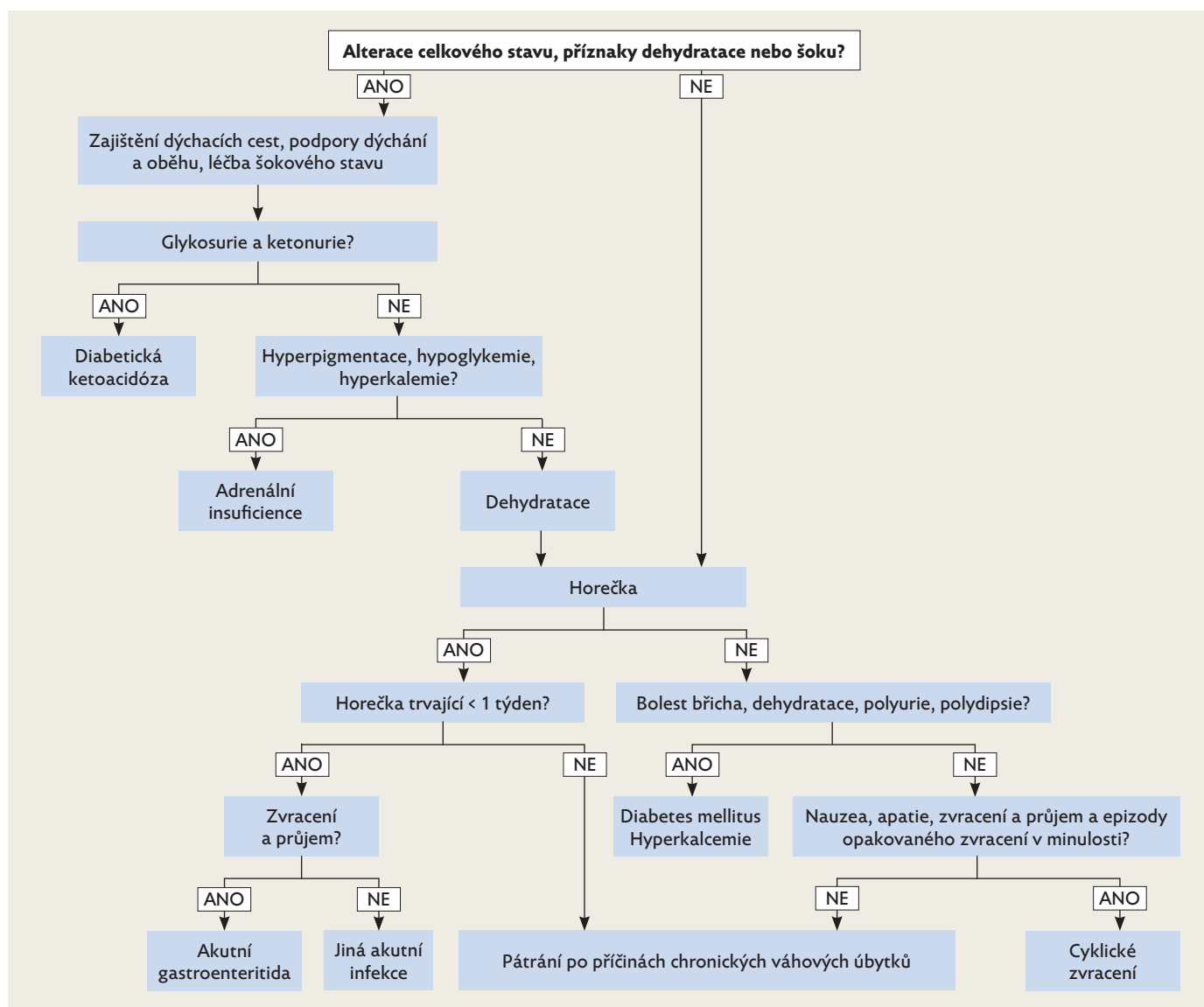
KAZUISTIKA

Osmnáctiletou dívku jsme přijali na naše oddělení na doporučení psychiatra k vyšetření před plánovaným nástupem k psychiatrické hospitalizaci s diagnózou mentální anorexie.

Matka dívky má diabetes mellitus 1. typu, jinak je rodinná anamnéza nenápadná. Dívka se narodila z fyziologické gravidity, porod byl spontánní, záhlavím, porodní hmotnost 2800 g a délka 49 cm. Poporodní adaptace byla dobrá.

Ve dvou letech věku byla zjištěna celiakie. Je sledovaná v gastroenterologické ambulanci, na bezlepkové dietě byly protilátky atTG a EMA opakovaně negativní.

Ve čtrnácti letech byla odeslána do endokrinologické ambulance pro laboratorně zjištěnou hyperfunkci štítné žlázy. TSH bylo nižší než 0,004 mIU/l, fT4 34,4 pmol/l, protilátky antiTPO 675 kU/l, antiTG 666 kU/l, TRAK 9,63 IU/l. Byla zahájena léčba thiamazolem, na které došlo k remisi onemocnění. Normalizovaly se hladiny fT4 a TSH, hladiny TRAK klesaly. Po dvou letech došlo přechodně k relapsu – TSH



Obr. 1: Diagnostický algoritmus pro akutní váhové úbytky u dětí, upraveno dle⁽⁹⁾

< 0,005 mIU/l, fT4 29,3 pmol/l, TRAK 4,99 IU/l, ale po nasazení thiamazolu bylo opět rychle dosaženo remise.

Od šestnácti let je sledována v psychiatrické ambulanci pro úzkostně-depresivní syndrom – na medikaci venlafaxinem je stav dlouhodobě stabilizovaný. Dívka byla vždy v ordinaci velmi komunikativní, inteligentní, studuje na gymnáziu.

Poslední měsíc před přijetím na naše oddělení udávala **výraznou únavu a váhový úbytek 10 kg**. Z tohoto důvodu byla provedena kontrola psychiatrem, kde byla pro depresivní ladění a váhový úbytek stanovena diagnóza **mentální anorexie**. Byla objednána k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Vzhledem ke zhoršení stavu, výrazné únavě a slabosti byla ale ještě před přijetím odeslána k hospitalizaci na dětském oddělení ke stabilizaci somatického stavu. Při přijetí byla bradypsychická, udávala pocit slabosti, výraznou únavu, navíc ale i polydipsii a tři dny pocit obtížného dýchání. V objektivním nálezů byla při přijetí přítomna kachexie, těžká

dehydratace, byla malátná, hůře prokrvená, měla chladná akra, byla patrná centralizace oběhu, výrazně oschlé sliznice, dominovalo Kussmaulovo dýchání, BMI měla 14,0 kg/m².

Okamžitě při přijetí již z klinického vyšetření a anamnézy byla zřejmá základní diagnóza – jednalo se o **manifestaci diabetes mellitus 1. typu s těžkou ketoacidózou**. Rovněž laboratoř tomu odpovídala – glykemie 28,5 mmol/l, HbA1c 122 mmol/mol, ABR – pH 6,985, BE –26,5. Následná vyšetření ukázala velmi nízký C peptid 80 pmol/l a pozitivitu všech vyšetřených pankreatických autoprotilátek – anti-GAD > 2000 IU/ml, anti-IA2 461 IU/ml, anti-Zn-T8 > 2000 U/ml. Naopak vyšetření štítné žlázy vyloučilo další relaps tyreotoxikózy – TSH 0,666 mIU/l, fT4 12,5 pmol/l.

Byla zahájena léčba diabetické ketoacidózy – rehydratace a kontinuální podávání inzulínu. Během 48 hodin se stav stabilizoval. Poté byla převedena na flexibilní inzulínový režim. Dívka velmi dobře spolupracovala, během hospitalizace došlo k výraznému zlepšení somatického i psychického

stavu. Během prvního týdne léčby přibrala 6 kg, BMI stoupl na 16,0 kg/m². Dívka se se svou diagnózou smířila rychle. V podstatě byla spokojená, že se najednou cítí dobře, má chuť k jídlu a přibírá na váze. Byla ráda, že není nutná hospitalizace na psychiatrickém oddělení – zejména proto, že v tomto termínu měla skládat maturitní zkoušku.

DISKUSE

Váhový úbytek lze definovat jako neúměrné snížení tělesné hmotnosti vzhledem k věku a pohlaví dítěte, případně jako pokles hmotnosti pod 5. percentil růstových grafů WHO či CDC, nebo pokles o více než 10 % oproti předchozí hmotnosti u kojenců a malých dětí.^(1,2)

Patologický váhový úbytek může probíhat akutně – jedná se o rychlý pokles hmotnosti v důsledku akutní infekce, dehydratace, nejčastěji při zvracení a průjmu, nebo chronicky. Zde bych ráda zmínila problematiku chronických váhových úbytků s dlouhodobým poklesem hmotnosti nebo s její stagnací u menších dětí.

Váhové úbytky u starších dětí či adolescentů jsou zpravidla závažným příznakem. Jako první je třeba posoudit možnost život ohrožujících stavů, zejména **diabetes mellitus** a **adrenální insuficience**.

Na tyto stavy lze často pomýšlet již z anamnestických údajů. Údaj o **polyurii** a **polydipsii** je příznačný pro manifestaci diabetes mellitus, stejně jako u dívky prezentované v kazuistice. Vyšetření moči na přítomnost glykosurie a ketonurie nebo stanovení glykemie běžným glukometrem v ordinaci PLDD potvrdí diagnózu.

Další dotaz by měl směřovat na **únavu**. Pokud je spojena s **kolapsovými stavy**, a dokonce i **hyperpigmentovanou kůží**, může se jednat o Addisonovu chorobu. Doplníme laboratorní vyšetření – Na, K, glykemii a hladinu kortizolu, v ideálním případě i hladinu ACTH.

Doporučený diagnostický algoritmus pro akutní váhové úbytky u dětí je uveden na obr. 1.

Dále se ptáme na opakované **průjmy** a **bolesti břicha**. Pokud jsou přítomny, je podezření na zánětlivé střevní onemocnění (IBD), celiakii či jiný malabsorpční syndrom. Ke stanovení diagnózy pomohou laboratorní vyšetření – FW, CRP, krevní obraz, ALT, AST, protilátky proti endomysiu a tkáňové transglutamináze, fekální kalprotektin.

Pokud má dítě **bolesti hlavy** nebo **recidivující zvracení**, je třeba myslet na možnost tumoru mozku. Indikujeme zobrazovací vyšetření – nejlépe MRI mozku.

Tab. 1: Diferenciální diagnostika u dítěte s hubnutím, upraveno dle^(9,10)

Etiologie	Příklady
Nutriční	Nedostatečný příjem (kojenecká kolika, špatná technika kojení), poruchy polykání, poruchy příjmu potravy (mentální anorexie nebo bulimie)
Gastrointestinální	Celiakie, nespecifické střevní záněty, gastroezofageální reflux, malabsorpce
Endokrinní a metabolické	Diabetes mellitus 1. typu, hypertyreóza, adrenální insuficience, vrozené metabolické vady
Onkologické	Leukemie, lymfomy, solidní nádory
Infekční	Tuberkulóza, HIV (virus lidské imunodeficiency), parazitózy, chronické infekce
Psychosociální	Poruchy chování, stres, zanedbávání péče
Kardiopulmonální	Srdeční selhání, cystická fibróza, chronická bronchitida

Pokud se dítě zvýšeně potí, má tachykardii a často i strumu, může se jednat o hypertyreózu. V takovém případě doplníme vyšetření TSH a fT4.^(3,4)

Pokud jsme vyloučili všechny tyto možné příčiny váhových úbytků, je namístě myslet na možnost poruchy příjmu potravy – mentální anorexie.^(3–9)

Souhrn výše uvedených a dalších možných příčin váhových úbytků u dětí uvádí tab. 1.

U naší dívky se teoreticky nabízelo několik možných příčin váhového úbytku. Byla dlouhodobě sledovaná pro celiakii a hypertyreózu, mohlo tedy dojít k dekompenzaci jednoho z těchto onemocnění. Zejména mohlo dojít k relapsu hyperfunkce štítné žlázy, kdy mohou být váhové úbytky poměrně výrazné. Nejčastějším dalším sdruženým autoimunitním onemocněním je v tomto kontextu diabetes mellitus 1. typu, což se u dívky potvrdilo. Další onemocnění, na které bychom v jejím případě pomýšleli, by byla adrenální insuficience, ta se ale naštěstí nepotvrdila.

ZÁVĚR

Váhový úbytek je častým příznakem počínající diabetické ketoacidózy u dětí i adolescentů a často patří k prvním varovným příznakům manifestace diabetu 1. typu. Včasné rozpoznání tohoto symptomu je klíčové pro rychlou diagnostiku a léčbu. Při vyšetření dítěte je potřeba na tuto diagnózu myslet. Podezření je ještě naléhavější u pacientů, kteří již mají jiné autoimunitní onemocnění, které se s diabetem sdružuje. |

LITERATURA

1. World Health Organization. Child Growth Standards. Geneva: WHO 2006.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Faltering growth: recognition and management in children. NG75 2017.
3. Lebl J, Al Taji E, Koloušková S, et al. Dětská endokrinologie a diabetologie. 1. vyd. Praha: Galén 2016.
4. Lebl J, Bronský J, Pohunek P, et al. Diferenciální diagnostika v pediatrii. 2. vyd. Praha: Galén 2014.
5. Lee JM, et al. Endocrine causes of weight loss in children: differential diagnosis and approach. J Pediatr Endocrinol Metab 2020; 33(5): 561–568.

6. Kohout P, et al. Klinická výživa. 1. vyd. Praha: Galén 2021.
7. Binns HJ, et al. Clinical report: Identification and evaluation of children with developmental-behavioral problems. Pediatrics 2007; 120(5): e1285–e1302.
8. Corkins MR, et al. Malnutrition diagnoses in hospitalized children: United States, 2010. JPEN 2016; 40(3): 392–398.
9. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-weight-loss-in-infants-over-six-months-of-age-children-and-adolescents/abstract/>
10. <https://publications.aap.org/pediatriccare>